CONSIDÉRATIONS N° 1

SUR L'OZÈNE

Son Traitement par les Tubes en caoutchouc

THESE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 27 NOVEMBRE 1886

par

Joseph CHAVÉRIAT

Né à Chalon-s.-Saône (Saône-et-Loire)

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES

20, Rue Durand et Rue Lovat, 2

—

1886

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. CASTAN	....	Doyen
GRASSET	....	Assesseur

PROFESSEURS

Clinique médicale	COMBAL (❋ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER (❋).
Physique médicale	MOITESSIER (❋).
Médecine légale et Toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (❋).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Clinique médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON (❋ ✠).
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et Gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Opérations et Appareils	GRYNFELTT.
Pathologie externe	CHALOT.
Anatomie pathologique et Histologie (Chargé du Cours)	CARRIEU.
Anatomie (Chargé du Cours)	BIMAR.
Thérapeutique et Matière médicale (Chargé du Cours)	MOSSÉ (❋).

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ❋ ✠).
Professeurs honoraires : MM. MARTINS (O. ❋), DUPRÉ (❋ C. ✠).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (❋).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

Messieurs	Messieurs
CARRIEU.	VILLE
MAIRET.	GRANEL.
BIMAR.	FORGUE.
MOSSE (❋).	TRUC.
REGIMBEAU (❋).	GERBAUD.
BLAISE	GILIS.
BAUMEL.	MALOSSE.

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT,	*Président.*
CHALOT,	*Professeur.*
FORGUE TRUC	*Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

DOCTEUR EN MÉDECINE

A MES FRÈRES

J. CHAVÉRIAT.

A ma tante GUILLOT

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

J. CHAVÉRIAT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Docteur TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MES JUGES

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

J. CHAVÉRIAT.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE CETTE VILLE

J. CHAVÉRIAT.

INTRODUCTION

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer, dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Tédenat, un malade atteint d'ozène vrai ou essentiel.

Les résultats favorables obtenus par le traitement employé ont paru nettement confirmer la théorie et les indications thérapeutiques des auteurs allemands en général, et de Zaufal en particulier.

Suivant les conseils de notre Maître M. le professeur Tédenat, nous avons repris cette question pour notre Thèse inaugurale.

L'ozène est une affection caractérisée par une exhalation fétide et puante des fosses nasales.

Les auteurs ont établi plusieurs formes. Les premières, consécutives à des lésions osseuses (nécrose, carie des os du nez), sont symptomatiques et constituent des rhinites variées ; la dernière, indépendante de toute altération anatomique saisissable, est essentielle.

C'est l'ozène vrai, celui que nous étudions ici.

Le docteur Martin a fait de cet ozène une étude remarquable ; on a peu ajouté à sa description, et nous ne pouvons qu'y souscrire.

Nous nous proposons cependant d'examiner plus spécialement l'action et les effets des tubes en caoutchouc, placés dans les fosses nasales à la façon des tampons d'ouate de Zaufal et Martin. Ces tubes, préconisés par M. le professeur Tédenat, nous paraissent réaliser, en l'espèce, un progrès thérapeutique réel.

Leur efficacité ressortira des considérations que nous ferons valoir en leur faveur, et surtout des observations que nous relaterons à la fin de notre travail.

Nous suivrons, dans l'étude actuelle, l'ordre descriptif habituel : historique, nature et pathogénie, étiologie, symptomatologie, diagnostic, pronostic et traitement.

Nous insisterons quelque peu sur les procédés thérapeutiques employés.

CONSIDÉRATIONS

SUR L'OZÈNE

SON TRAITEMENT PAR LES TUBES EN CAOUTCHOUC

HISTORIQUE

Disons, dès à présent, qu'il nous sera peut-être reproché de ne pas donner à ce point de la question tous les développements qu'il semble comporter. Notre seul but est de montrer la distinction que nous établissons entre l'ozène symptomatique et l'ozène idiopathique.

Cette différence entre les deux groupes est aujourd'hui acceptée par les auteurs et indiscutable. Cela ressort très nettement de la thèse du docteur A. Martin (Paris, 1881).

Cette distinction n'a pas été faite de tout temps, et on peut dire qu'avant la publication de ce travail, les auteurs ne s'attachaient à décrire que l'ozène consécutif à une lésion (ulcérations, etc.) des fosses nasales. Cependant, quelques efforts avaient été tentés dans ce sens par Sauvages, qui le premier établit qu'il n'est pas vrai de dire que, dans tous les cas la puanteur de la matière icho-

reuse qui sort des narines est un signe certain de la présence d'un ulcère. « Il arrive, dit cet auteur, que l'humeur fétide qui s'écoule des narines n'est autre chose que du mucus corrompu par son séjour, à cause de l'ouverture *étroite* des narines. »

Nous verrons plus loin que dans cette opinion émise par Sauvages, on trouve déjà tous les éléments qui devront nous servir à reconstituer la description de cette affection.

D'autres auteurs suivirent Sauvages dans cette voie. Ainsi, Joseph Franck, dans sa *Pathologie*, n'est pas disposé à rattacher tous les cas d'ozène à une ulcération de la pituitaire, et il insiste sur la difficulté de trouver l'ulcération.

Cazenave (de Bordeaux) et Trousseau insistent aussi à leur tour sur ce même point.

« Quelquefois, dit ce dernier auteur, la mauvaise odeur existe sans aucun signe d'inflammation ; il n'y a pas d'écoulement muqueux, et rien ne peut expliquer la fétidité. »

On retrouve la même opinion exprimée par les auteurs du *Compendium de chirurgie*.

Malgré ces efforts, l'ancienne opinion prévalait encore jusqu'il y a une vingtaine d'années.

En 1872, le professeur Duplay, par sa découverte de la rhinoscopie, fit entrer la question dans une nouvelle phase. Grâce à ce moyen d'investigation, complété d'ailleurs par la rhinoscopie postérieure, l'étude de l'ozène entre dans une voie de progrès. C'est ainsi que Duplay fut conduit à admettre, en dehors des autres ozènes symptomatiques, une variété d'ozène sans lésions apparentes.

Cette dernière restriction ne peut plus être admise aujourd'hui, après les travaux qu'a fait naître la question, tant chez les auteurs français que chez les auteurs allemands.

Nous nous bornerons pour le moment à citer les noms de Zaufal, de Michel (de Cologne), de Gottstein et de Hartmann.

Nous revenons, d'ailleurs, dans le chapitre suivant, sur ces travaux considérables, en nous occupant de la nature de l'ozène et de sa pathogénie.

NATURE ET PATHOGÉNIE DE L'OZÈNE

Nous abordons maintenant l'étude des différentes théories émises par les auteurs pour expliquer la production de l'ozène vrai.

Il est d'ailleurs indispensable de bien connaître ces diverses théories, si l'on veut baser le traitement de l'ozène sur des faits rationnels.

C'est aux médecins allemands qui se sont récemment occupés de l'étude de ce point de la pathologie ; c'est au soin attentif avec lequel ils ont fait usage des procédés modernes de rhinoscopie que l'on doit la démonstration d'absence d'ulcérations dans l'ozène.

Nous citerons à ce point de vue les travaux de Michel (de Cologne), de Zaufal (de Prague), de Gottstein (de Breslau) et de Hartmann (de Berlin).

Jusqu'à eux, les auteurs qui avaient nettement séparé l'ozène symptomatique de l'ozène idiopathique, Sauvages, Trousseau, Tillot, incriminaient, pour expliquer la production de l'odeur fétide, l'étroitesse des fosses nasales.

Ainsi, le docteur Tillot (1) pense que « la rétention du mucus au milieu des cavités nasales rétrécies par la disposition naturelle des os du nez suffit seule pour expliquer cette infirmité, si fréquente chez les individus ainsi conformés. »

Avec Zaufal, Michel, Gottstein, ce n'est plus l'étroi-

(1) Annales des maladies de l'oreille et du larynx, t. II, p. 112.

tesse des fosses nasales qu'il faut accuser, mais bien au contraire leur ampleur.

Nous avons vu, et il est facile de vérifier ce fait par l'examen direct des fosses nasales, que dans le cas d'ozène idiopathique, le cornet inférieur, d'une étroitesse extrême, semble quelquefois ne pas exister.

Quelques auteurs ont constaté aussi l'atrophie, moins caractéristique, il est vrai, du cornet moyen.

Enfin, dans quelques cas l'élargissement des cavités était si manifeste que quelques auteurs, Zaufal entre autres, ont pu apercevoir la lame criblée de l'ethmoïde.

Cette dilatation des cavités nasales a été aussi vérifiée d'une manière irréfutable chez des sujets morts d'une maladie intercurrente. C'est ce qui résulte des autopsies faites en Allemagne.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ces résultats, qui nous paraissent tout à fait probants.

AUTOPSIES

Nous trouvons la relation complète d'une autopsie de Hartmann dans la thèse de Martin, ainsi que quelques notes sur deux autres cas, l'un de Zaufal, l'autre de Gottstein.

I. — « Dans un cas éclatant d'ozène, en dehors de la petitesse anormale des cornets et de la largeur excessive des fosses nasales, nous ne pûmes découvrir ni carie, ni nécrose, ni ulcérations. » (Autopsie pratiquée et relatée par Zaufal en 1878.)

II. — « Gottstein a fait l'autopsie d'une jeune fille de de 24 ans atteinte d'ozène ; il a trouvé les fosses nasales

larges, la muqueuse atrophiée, mais sans perte de substance, les glandes abondantes ; mais dans les parties où la muqueuse était atrophiée, il y avait transformation en tissu conjonctif et atrophie partielle des glandes. »

La troisième autopsie, qui est due à Hartmann, est donnée en entier avec les réflexions intéressantes auxquelles elle a donné lieu.

III. — « W...., ouvrière, 26 ans, parents sains, raconte que, depuis l'âge de 12 ans, elle sentait mauvais du nez et mouchait des croûtes. Jamais de maladies, jamais de rhumes de cerveau ni d'enchifrènement. Tous les deux jours, elle expulsait avec difficulté une croûte énorme ayant la forme d'une conque. Elle savait quand les croûtes se détachaient ; elle avait alors la sensation d'un corps étranger dans le nez, et elle l'expulsait par des efforts répétés. Cet état dura jusqu'à sa mort, en décembre 1877.

» Avant sa mort, causée par la phtisie, nous eûmes souvent l'occasion d'examiner son nez.

» La surface externe des narines était assez grosse, la peau pâle comme le reste du corps. Au spéculum, les cornets, petits et distants de la cloison, laissaient apercevoir sur une grande étendue les parties postérieures des fosses nasales, dont les parois postérieures et latérales étaient couvertes de croûtes verdâtres. Lorsqu'elle pouvait en expulser une partie, on voyait au-dessus des choanes (1), à la voûte pharyngienne, des lambeaux de mucus, tantôt solide, tantôt liquide.

» Pas de traitement, à cause de l'état de maladie.

» L'autopsie faite par la méthode Schalle, en enlevant la plus grande partie du temporal et des fosses nasales,

(1) Les auteurs allemands appellent ainsi les orifices postérieurs des fosses nasales.

nous trouvons les cavités sphénoïdales excessivement petites, la droite à peine grosse comme un pois et la gauche comme deux pois. Les parties postéro-supérieures des fosses nasales étaient recouvertes par des masses épaisses, verdâtres, d'une odeur horrible ; ces masses recouvraient la voûte nasale au-dessus des choanes jusqu'à son extrémité antérieure, ainsi que les parois latérales entre et derrière les cornets. On les enlevait facilement avec la seringue, sauf derrière le cornet supérieur, où elles offraient une grande résistance.

» La cloison était recouverte par un mucus adhérent à la voûte nasale, et, dans le voisinage des trompes, il y avait une sécrétion concrétée et fétide. La muqueuse n'était ni gonflée ni hypérémiée.

» Une seule ulcération fut découverte, de la grosseur d'une lentille, sur le bord choanal du côté droit, en avant de la trompe. »

Nous terminerons ces relations d'autopsies par quelques notes sur deux cas rapportés par Hermann Krauss et cités par le docteur Brochin, dans son article OZÈNE du *Dictionnaire de Dechambre*.

Ces deux nécropsies sont de 1881.

I. — « La première autopsie est celle d'un homme de 52 ans, mort de cirrhose hépatique et qui était affecté depuis de longues années d'ozène avec surdité. La muqueuse du nez était mince, d'un gris rougeâtre. Les cornets moyen et inférieur étaient petits, le bord inférieur de ce dernier formait une ligne presque droite. Pas de trace d'ulcération ni de cicatrices. Dans le méat inférieur et le moyen, il existait des masses brunes et grisâtres très fétides. »

II. — « La deuxième autopsie est celle d'une femme de 40 ans, morte d'une maladie de Bright et qui était depuis longtemps atteinte d'ozène. La muqueuse du nez et du sinus était rouge, sans aucune altération. Les extrémités du cornet inférieur droit, ainsi que l'extrémité postérieure du cornet moyen des deux côtés étaient terminées en pointe.

» On ne trouve dans cette relation aucune indication sur la largeur des fosses nasales. »

Les caractères que nous venons de passer en revue n'ont fait défaut chez aucun des sujets atteints d'ozène que Zaufal a eus à traiter. C'est en se basant sur ces faits que cet auteur a pu fonder sa théorie.

Avant de l'exposer, nous tenons à dire que nous acceptons de tous points ses conclusions.

Pour l'auteur allemand, la fétidité trouve sa raison d'être dans la disproportion considérable qui existe entre la capacité des fosses nasales et la force du courant d'air expiré.

A l'état normal, la muqueuse pituitaire sécrète des mucosités ; au moment de l'inspiration, l'air vient frapper de bas en haut la région olfactive. Cela résulte de la disposition de l'axe du nez, qui normalement est dirigé d'avant en arrière et de bas en haut. On comprend que dans ces conditions cet air ne puisse entraîner que faiblement ces mucosités en arrière.

Supposons au contraire un mouvement d'expiration ; ici le courant d'air a une plus grande force ; d'après la disposition anatomique de la région, il balaie les mucosités horizontalement. Ces dernières progressent ainsi d'arrière en avant, de façon à provoquer bientôt chez l'individu le besoin de se moucher. De là l'expulsion physiologique de ces mucosités.

Ce nettoyage est favorisé par le développement du cornet inférieur. Ce cornet augmente par sa présence, sa forme et son volume la force du courant d'air expiré.

Que pour une raison quelconque les fosses nasales deviennent trop larges, dans ce cas l'air expiré aura perdu considérablement de sa vitesse et de sa puissance. Cette condition se réalise précisément dans le cas d'ozène idiopathique, alors que le cornet inférieur ou bien manque complètement ou bien est atrophié à tel point que son action se trouve annihilée.

Dans ce cas il est facile de comprendre que, si une partie des mucosités peut jusqu'à un certain point être entraînée au dehors des fosses nasales, la plus grande partie ne peut être expulsée et s'y accumule de plus en plus. Ces croûtes ainsi déposées se dessèchent en prenant la forme de lamelles ou de bouchons, puis se décomposent.

C'est à cette sorte de putréfaction qu'est due la punaisie. Cette odeur fétide persiste jusqu'à ce que le malade expulse les concrétions en se mouchant. Ces croûtes une fois expulsées, d'autres se reforment par le mécanisme exposé plus haut, se putréfient à leur tour et reproduisent le même phénomène.

Cette putréfaction dont nous venons de parler, d'après les recherches de ces dernières années, en particulier celles de Lœvenberg et Bresgen, serait due à la présence de microphytes.

Cette opinion est parfaitement soutenable *a priori*. Les recherches microbiologiques de ces derniers temps ont démontré d'une façon surabondante le rôle des microbes dans les putréfactions, et d'autre part les fosses nasales, en raison de la chaleur et de l'humidité dont elles sont le siège, constituent un milieu favorable au développement des organismes inférieurs.

D'ailleurs, Lœvenberg donne une description du microbe qui, d'après lui, serait caractéristique de l'ozène vrai : « Ce serait un diplococcus tantôt sphéroïde, tantôt ellipsoïde, quelquefois rectangulaire. » Lœvenberg a réussi à cultiver ce microbe et à le colorer par l'aniline.

Des tentatives d'inoculations faites par le même auteur n'ont pas donné de résultats positifs (1).

D'un autre côté, nous devons dire que Fournié, poursuivant la même étude, n'a trouvé aucun élément vraiment spécial.

Avec la théorie de Zaufal que nous venons d'exposer, il est facile d'expliquer comment c'est au moment de la puberté que le symptôme principal de la maladie apparaît.

Le professeur Tillaux, dans son *Traité clinique de chirurgie* (Paris, 1886), fait précisément cette objection à la théorie de Zaufal : « Comment expliquer, dit cet auteur, l'apparition de la maladie à l'âge de dix, douze, quinze ans et plus, alors que la conformation est congénitale ? »

La largeur exagérée des fosses nasales, seule cause de la maladie qui nous occupe, est due principalement à un arrêt de développement du cornet inférieur ; or, les fosses nasales ne présentent pas d'accroissement avant l'âge de 4 à 5 ans ; c'est alors seulement que la dilatation de la cavité commence ; il n'est pas étonnant que ce soit à ce moment qu'apparaissent les symptômes morbides ; cette affection est bien congénitale, mais elle reste forcément latente jusqu'à ce que se produise ce développement.

La théorie de Zaufal nous explique encore comment l'ozène peut être quelquefois unilatéral; dans ces cas, en effet, l'atrophie ne porte que sur le cornet inférieur d'un seul côté.

(1) Congrès de Bâle 1884. Annales des maladies du nez et de l'oreille, 1885.

Les auteurs allemands dont nous avons cité les noms plus haut sont d'accord avec Zaufal sur les conditions anatomiques du nez qui donnent lieu à l'ozène ; mais ils n'acceptent pas tous l'interprétation que donne de ce fait ce dernier auteur.

L'augmentation de capacité des fosses nasales cause immédiate de l'ozène est elle primitive? N'est-elle point consécutive à une lésion des sinus ?

Ce sont là tout autant de questions au sujet desquelles la divergence s'accuse

Ainsi, pour Michel (de Cologne), en même temps que cette augmentation de capacité, des causes adjuvantes sont nécessaires; il doit y avoir en même temps du catarrhe chronique des sinus sphénoïdaux et ethmoïdaux. Il ne considère pas les raisons données par Zaufal comme suffisantes pour expliquer la genèse de la maladie.

Gottstein, de son côté, partage une autre manière de voir. Pour lui, l'état de la muqueuse est le point de départ de la maladie. Il admet que l'ozène n'est que la troisième période d'un catarrhe chronique. Dans un premier stade, la muqueuse présente des phénomènes très nets de congestion, elle est le siège d'une véritable hypertrophie ; ensuite, comme il arrive dans les rhinites fétides (pseudo-ozène), à cette hypertrophie succède une période atrophique. Cette atrophie de la muqueuse entraîne fatalement celle des cornets sous-jacents.

En 1879, dans *l'Année médicale de Bourneville*, et en 1880, dans la *Revue des sciences médicales de Hayem*, le docteur Calmettes se déclare partisan de la théorie de Zaufal. Il fait voir, par des expériences cliniques, qu'on ne peut pas démontrer dans tous les cas l'existence d'un catarrhe ayant précédé l'apparition de l'ozène.

Pour lui comme pour Zaufal, l'état de la muqueuse qui,

ainsi que nous l'avons dit plus haut, est très peu altérée, est une conséquence de la dilatation des fosses nasales dans cette affection.

Plus tard, Terrillon, dans le *Bulletin de thérapeutique*. se rattache aussi à cette théorie. Aux arguments déjà si nombreux, il en ajoute d'autres non moins probants. Ainsi, il a observé des cas dans lesquels après l'extirpation de polypes des fosses nasales, les malades présentent de l'ozène. Mais il est à noter que dans ces cas l'ozène n'a été que passager. L'apparition de cette affection dans ces conditions ne peut s'expliquer que par l'augmentation de la cavité nasale après l'extirpation de la tumeur; alors, en effet, les mucosités ne pouvant être chassées d'une façon complète, il y a production d'odeur fétide, suivant le mode que nous avons exposé antérieurement.

Fournié s'élève contre l'opinion de Zaufal. Pour lui, les glandes de la pituitaire, tout comme les glandes des aisselles, des pieds, des parties génitales, sécrètent une odeur particulière.

« Nous nous trouvons en présence, dit-il, d'une seule cause, l'état constitutionnel de l'individu, état qui provoque dans les acini de la membrane de Schneider une sécrétion d'odeur morbide, de la même manière qu'il provoque ailleurs des sécrétions purulentes, des altérations osseuses, etc, etc. »

Quoi qu'il en soit, les arguments en faveur de la théorie de Zaufal nous semblent suffisants pour nous faire accepter l'opinion de cet auteur.

Du reste, l'étude du traitement de l'ozène, que nous aborderons plus tard, nous fournira de nouvelles preuves ; nous verrons combien cette théorie simplifie les indications et permet de les remplir avec succès.

ÉTIOLOGIE

On est frappé par le rapprochement de l'âge et la grande ressemblance de conditions que présentent entre eux tous les sujets atteints de punaisie.

Ils sont à peine à l'âge de la puberté; les plus jeunes ont de huit à dix ans, les plus âgés une vingtaine d'années, le plus grand nombre de douze à seize ans.

L'affection est aussi commune chez les filles que chez les garçons, malgré les assertions de certains auteurs, qui ont voulu établir une fréquence plus grande en faveur des filles. C'est du moins ce qu'admettent presque tous ceux qui se sont occupés de l'ozène, et en particulier Brochin (1).

L'hérédité paraît, jouer un certain rôle, comme le démontre la lecture d'un grand nombre d'observations.

Tantôt, comme dans l'observation I de la thèse du docteur Campos-Salles (Paris, 1886), la mère et la grand'-mère de la malade ont présenté dans leur jeunesse le même phénomène; tantôt, comme dans l'observation III du même auteur, il s'agit d'une tante sœur de la mère atteinte de la même affection.

La scrofule et la syphilis n'ont aucune relation avec la variété d'ozène qui nous occupe.

L'ozène est en général bilatéral; il peut cependant n'affecter qu'un seul côté. Nous trouvons facilement l'explication de ce fait dans l'étude que nous avons faite de la nature de la maladie.

(1) Dictionnaire de Dechambre (article *Ozène*), et Martin, thèse citée.

SYMPTOMATOLOGIE

Le fait qui caractérise la maladie, c'est la fétidité de l'haleine. L'odeur de l'ozène vrai, comme le dit Ed. Fournié (1), est tout à fait caractéristique.

« Cette odeur ne ressemble ni à l'odeur inflammatoire, ni à l'odeur de la carie, ni à l'odeur de la nécrose, ni à l'odeur de la syphilis. Cependant, il y a, suivant les sujets, des nuances.

« A côté de cette odeur fétide qui est absolument *sui generis*, on rencontre des cas où elle est moins désagréable et rappelle l'odeur de la marée. »

La plupart du temps cependant, cette odeur est très pénétrante ; elle éloigne du malade, qui est un objet de dégoût pour tout son entourage : « Il suffit d'un ozéneux pour infecter toute une salle d'hôpital. »

Fait important à noter : jamais les sujets atteints d'ozène ne s'aperçoivent par eux-mêmes de la mauvaise odeur qu'ils exhalent.

A cette fétidité spéciale s'ajoute une obstruction incommode, pénible, causée par l'accumulation des mucosités desséchées dans les parties supérieures et postérieures des fosses nasales. Cette obstruction est assez complète pour que le malade, pendant la nuit, soit obligé de respirer la bouche ouverte. Elle donne parfois à la voix un timbre nasonné, phénomène que présentait très net-

(1) Communication faite au Congrès médical de Londres, août 1881

tement le malade qui fait l'objet de notre première observation.

Les sujets atteints d'ozène sont tristes, se plaignent de céphalées, de lourdeurs de tête et éprouvent un dégoût assez prononcé pour les aliments. On ne trouve ordinairement chez eux aucune trace de scrofule ni de syphilis, ce qui ne veut pas dire assurément que la scrofule et l'ozène s'excluent.

La conformation de la face chez l'ozéneux est en général caractéristique : le nez est camard, la face comme écrasée. Cette déformation peut être assez accentuée pour entraîner de l'épiphora. Cet aspect constitue le nez en forme de selle de Zaufal.

L'examen des fosses nasales, pratiqué suivant les indications du professeur Duplay et à l'aide de son spéculum-nasi, permet de reconnaître des lésions toutes spéciales.

Si l'on pratique cet examen après avoir fait un lavage des fosses nasales, on trouve que ces cavités sont remplies de croûtes plus ou moins sèches, surtout dans la partie supérieure et postérieure. Elles se présentent sous forme de croûtes grisâtres, jaunes verdâtres, ardoisées. Ces croûtes sont le plus souvent très adhérentes ; on ne peut les faires tomber qu'après une longue imbibition. Elles constituent une véritable masse.

Leur forme est quelquefois bizarre; ainsi, le docteur Martin dit avoir vu un cube qui constituait le moulage de la partie supérieure du pharynx nasal.

Ce qu'il importe de remarquer, c'est que ces croûtes disparues, les fosses nasales n'exhalent plus la moindre odeur.

Si on examine les cavités nasales par le procédé de Duplay, après avoir enlevé ces croûtes par des lavages, au lieu d'une cavité rétrécie on aperçoit un véritable antre.

Cette modification de l'aspect des fosses nasales est due à la petitesse extrême, quelquefois même à la disparition du cornet inférieur. Ce cornet qui, en effet, à l'état normal constitue un os à part assez volumineux, comme on sait, est réduit dans le cas qui nous occupe à un simple bourrelet antéro-postérieur. L'atrophie de ce cornet, sur laquelle ont insisté avec raison les derniers auteurs qui se sont occupés de l'ozène, permet dans quelques cas d'apercevoir l'orifice pharyngien de la *trompe d'Eustache*.

Le cornet moyen, à son tour, est en général plus petit qu'à l'ordinaire. Il résulte de cette disposition une véritable dilatation des cavités; il est facile d'apercevoir la cloison dans toute son étendue, ainsi que le plancher; on voit aussi une grande partie de la paroi antéro-supérieure du pharynx. La muqueuse est quelquefois enflammée à un faible degré; suivant l'expression de Zaufal, elle est plutôt amincie que réellement hypertrophiée; il est absolument impossible d'y retrouver les traces d'ulcérations actuelles ou anciennes.

On a souvent pris pour des ulcérations des croûtes plus ou moins colorées par le sang, le pus, etc. Cela vient de ce que les auteurs ont examiné les fosses nasales sans faire de lavage préalable. De plus, il est probable, d'après ce que nous avons vu, que l'inflammation, légère d'ailleurs, de la muqueuse est tout simplement consécutive à la présence des croûtes.

Pour terminer l'exposé symptomatique de la maladie, il convient de signaler un certain degré de lésions fonctionnelles de l'organe de l'ouïe.

Zaufal dit avoir presque toujours vu les malades atteints d'ozène avoir quelque chose du côté des oreilles. Telle n'est pas l'opinion de M. Martin, qui pense au contraire que cette otite n'est qu'un phénomène exceptionnel.

L'ozène offre un début lent, insidieux, qui passe le plus souvent inaperçu ; les phénomènes, comme nous l'avons dit plus haut, atteignent leur degré le plus élevé vers l'âge de seize ans, restent stationnaires pendant l'âge adulte. Suivant la remarque de Trousseau, ils peuvent décroître et quelquefois disparaître complètement à un âge plus avancé. Cependant beaucoup d'auteurs n'admettent pas cette heureuse terminaison ; pour eux, l'affection est incurable. Nous verrons ce qu'il faut penser de cette opinion, à propos du pronostic et du traitement.

DIAGNOSTIC

Nous nous arrêterons très peu sur le diagnostic de l'ozène, tel que nous l'avons compris dès le début de cette étude.

Dans cette affection idiopathique, la fétidité de l'air expiré par les fosses nasales est bien plus marquée que dans les différentes rhinites fétides, qui peuvent se rattacher aux causes diverses que nous avons déjà signalées. Il suffit d'avoir perçu une fois cette odeur toute spéciale pour la différencier d'une manière absolue de la fétidité qui se rattache aux affections de la bouche et du système dentaire en particulier. A l'état physiologique l'air expiré peut se charger d'émanations particulières facilement perceptibles à l'odorat ; mais dans ces cas c'est la surface pulmonaire qui est le siège de ces transsudations gazeuses, qui n'ont rien de commun avec ce qui nous occupe actuellement (alcool, ail, etc.).

D'ailleurs, on peut s'appuyer ici pour le diagnostic sur les trois considérations suivantes :

1° Les antécédents héréditaires et personnels du malade, l'absence de scrofule, syphilis, etc. ;

2° L'aspect de la face ;

3° L'examen direct des fosses nasales.

Au point de vue des antécédents héréditaires, l'ozène se rencontre quelquefois chez les ascendants. Ce signe n'est pas constant, mais doit cependant être pris en sérieuse considération.

L'âge auquel l'affection se manifeste est habituellement celui de la puberté.

En second lieu, l'aspect de la face serait presque toujours pathognomonique, d'après certains auteurs (Zaufal, Martin, etc.).

Nous avons déjà vu combien ces auteurs insistaient sur les déformations, qui sont loin cependant de se rencontrer chez tous les sujets atteints d'ozène.

Le malade qui fait l'objet de notre première observation présentait ce caractère à un haut degré.

Enfin, en troisième lieu, l'examen direct est ici d'une importance majeure. Nous savons quels précieux renseignements peuvent être fournis par la rhinoscopie antérieure et postérieure. Nous avons décrit l'antre nasal dû à une atrophie plus ou moins complète des cornets inférieur et moyen ; nous avons étudié l'aspect de ces croûtes, qui ne sont que des concrétions des liquides exsudés par la muqueuse pituitaire.

Rappelons, pour terminer, la sensation spéciale que perçoit le malade lorsque ces croûtes vont se détacher, sensation qui éveille en lui un besoin de se moucher souvent impérieux.

PRONOSTIC

Abordons maintenant l'examen du pronostic de la maladie que nous étudions.

L'ozène est une affection tenace, rebelle aux différents modes de traitement successivement employés, et cette persistance a paru si grande, si invincible à certains auteurs (Tillaux, Trousseau, etc.), qu'ils n'ont pas hésité à la considérer comme incurable.

Certes, l'ozène n'a aucune influence fâcheuse sur la vie du malade ; mais pour comprendre tout son danger, il faut considérer l'état moral de celui qui en est atteint. Dès qu'une manifestation brutale ou qu'une commisération maladroite de ceux qui l'entourent lui ont permis de se rendre compte de l'infériorité sociale dans laquelle il se trouve, le malheureux malade ne peut se soustraire à l'influence d'une hypochondrie de plus en plus manifeste. L'idée fixe qu'il devient pour ses semblables un objet de répulsion et de dégoût, le sentiment constant de cet ostracisme immérité dont il est la victime, peuvent l'entraîner aux plus sombres déterminations.

Bien que nous ne prétendions pas guérir tous les cas d'ozène qui peuvent se présenter au médecin et au chirurgien, nous serions heureux si le traitement rationnel que nous proposons, et que la clinique a déjà permis de juger favorablement, pouvait, sinon guérir, du moins soulager et améliorer dans de très vastes proportions la plupart de ces malheureux dont nous avons écrit l'histoire, et pour lesquels nous avons essayé d'instituer un nouveau traitement.

TRAITEMENT

« Pour bien traiter l'ozène, disait Trousseau, il importe d'en préciser l'origine et la nature avec exactitude. »

Se basant sur la théorie qu'il a émise pour expliquer la production de l'ozène essentiel, théorie que nous avons exposée à côté de celle de Zaufal, M. Fournié pose les deux indications suivantes :

1° Il faut modifier la constitution ;

2° Agir localement pour réprimer les manifestations morbides.

En d'autres termes, il distingue très nettement un traitement général et un traitement local.

Pour remplir la première indication, il prescrit les bains sulfureux, l'huile de foie de morue, l'iodure de potassium, l'iodure de fer ; en un mot, tous les reconstituants dont dispose la thérapeutique.

Dans certains cas, auxquels il donne le nom de forme sèche de l'ozène, il recommande l'arsenic et le bicarbonate de soude à l'intérieur.

Le traitement local, pour cet auteur, comprend trois points principaux :

1° Les soins de propreté ;

2° Les agents capables de neutraliser l'odeur ;

3° Les agents modificateurs des parties malades.

Pour atteindre ce triple but, il propose une série de moyens que nous retrouverons dans les traitements préconisés par les autres auteurs

Tillaux, de son côté, croit aussi que tout n'est pas local dans cette maladie, qu'il y a derrière les manifestations un vice constitutionnel ; par conséquent, il y a lieu, pour cet auteur, de traiter la maladie au point de vue général et au point de vue local. D'après lui, ces deux traitements se complètent mutuellement; il s'élève contre l'opinion des médecins qui repoussent le traitement local comme inutile, et se contentent des modificateurs généraux.

Nous citons ses propres expressions :

« Le raisonnement de ces médecins me paraît aussi juste que celui qui consisterait à dire qu'il ne faut pas traiter localement un abcès froid, sous prétexte qu'il est d'origine diathésique. »

D'ailleurs ce chirurgien, en tête de son chapitre Traitement de l'ozène, pose le principe que « la guérison de cette affection est entourée des plus grandes difficultés; qu'il ne faut jamais la promettre aux malades. » Il distingue un traitement palliatif et un traitement curatif.

Le premier consiste à faire disparaître les croûtes nasales à l'aide d'injections.

Le second a pour but de produire une modification de la muqueuse pituitaire et de ses produits de sécrétions.

Il se sert à cet effet de lavages à l'eau phéniquée, à l'eau boriquée, goudron, eau salée, chlorate de potasse, en même temps que des cautérisations à la teinture d'iode.

On voit que les auteurs précédents déduisent, avec raison d'ailleurs, le traitement de l'ozène de la théorie qu'ils adoptent pour expliquer le développement de l'affection.

Les auteurs allemands, Zaufal, Hartmann, Gottstein, etc.; en France, Martin, Calmettes et le docteur Campos-Salles, prennent aussi leur théorie pour base de leur traitement.

Pour eux, puisque l'ozène est dû à une déformation

congénitale des fosses nasales, déformation qui a pour résultat immédiat l'accumulation dans ces cavités de produits de sécrétions, il ne peut y avoir qu'un traitement local. Ce n'est pas à dire que dans quelques circonstances il ne faille pas en même temps intervenir par un traitement général ; il est évident qu'un individu atteint d'ozène idiopathique peut être en même temps scrofuleux, syphilitique, et alors l'arsenic, l'iodure de potassium, l'huile de foie de morue, trouvent leur indication. Mais ces médicaments n'agiront en aucune façon sur l'ozène ; ils ne produisent une amélioration qu'en modifiant la constitution du sujet, qui n'est en rien la cause de la maladie.

Quant à nous, nous sommes tout à fait de cet avis, et nous concluons qu'il n'y a de rationnel et de réellement efficace qu'un traitement local.

Posons maintenant les indications de ce traitement local.

Il est évident qu'il faut tout d'abord s'attaquer à la cause primordiale de cette affection. Cette cause étant la dilatation des fosses nasales, qui produit la stagnation des mucosités, il faut rétrécir ces cavités. Mais avant de remplir cette indication, il est naturel d'enlever les croûtes qui donnent naissance à la puanteur de l'ozène. De telle façon que la thérapeutique de la maladie peut se résumer dans les deux propositions suivantes :

1° Chasser les croûtes et empêcher la putréfaction ;
2° Empêcher le retour de la punaisie.

Passons maintenant en revue les différents moyens dont nous disposons pour atteindre ce but.

PREMIÈRE INDICATION

Enlèvement des croûtes, etc. — On enlève les croûtes au moyen de l'injection nasale. Le principe de ces injections a été nettement formulé par Maisonneuve en 1854 (1). Il a démontré, par des expériences multiples, que les injections poussées vigoureusement dans une narine ressortent par l'autre sans pénétrer dans l'arrière-gorge.

Dès lors, pour chasser les croûtes dans l'ozène, il suffit, dit Maisonneuve, d'introduire dans une des narines la canule d'une forte seringue et d'en pousser énergiquement le piston.

Depuis lors, des modifications ont été apportées dans le procédé opératoire.

On emploie communément la douche de Weber. L'appareil consiste en un vase que l'on place plus ou moins haut au-dessus de la tête du malade, suivant la force du courant que l'on veut obtenir. Ce vase communique avec les fosses nasales au moyen d'un tube en caoutchouc qu'on amorce en syphon. L'extrémité nasale du tube doit être olivaire, de façon à oblitérer complètement l'orifice.

Le liquide employé pour ces lavages ne doit pas être de l'eau simple. En effet, il est démontré que l'eau simple, c'est-à-dire, dans ce cas, ne contenant aucun principe médicamenteux, produit une tuméfaction considérable de la muqueuse pituitaire.

Un moyen très simple d'éviter cet inconvénient consiste à ajouter à l'eau une certaine quantité de chlorure de

(1) Note présentée à l'Académie de médecine.

sodium. Ce sel, en effet, agit en modifiant les qualités endosmotiques du liquide employé. Un fait d'expérience est le suivant : Quand on plonge la tête dans l'eau douce, on en sort avec des bourdonnements d'oreilles et de l'enchifrènement; quand on plonge dans l'eau de mer, ces phénomènes sont bien moins marqués et même nuls. Cela tient à ce que dans le premier cas l'eau douce imbibe par endosmose l'épithélium de la muqueuse, ce que ne produit pas l'eau salée. C'est donc de cette dernière qu'il faudra faire usage dans le cas qui nous occupe.

On peut aussi remplacer le sel marin par un grand nombre de médicaments en solution, tels qu'astringents, caustiques, antiseptiques.

Michel a préconisé le chlorate de potasse de une à trois cuillerées à bouche dans un litre d'eau.

D'autres auteurs donnent la préférence au benzoate de soude, à l'acide salicylique, au calomel, à l'acide thymique, à la teinture d'iode, à l'acide borique, au sublimé.

Pour certains auteurs, le sublimé ne donne point de bons résultats; il présente l'inconvénient de provoquer une trop grande irritation de la muqueuse avec céphalalgie.

L'observation que nous présentons à la fin de notre travail, celle relative au militaire de la salle Lallemand, montre que cette objection n'est pas absolue.

En effet, le malade, qui cependant est resté près d'un mois en traitement avec des lavages à l'eau sublimée, n'a jamais présenté de phénomènes de cet ordre.

Ces dernières substances médicamenteuses, c'est-à-dire sublimé, acide borique, etc., ont encore l'avantage d'être antiseptiques, ce qui dans le cas d'ozène leur donne une valeur bien plus considérable ; il suffit de se rappeler, pour comprendre cette action, les recherches de Lœvenberg relatives au microbe spécial à l'ozène.

Le chloral a été aussi employé, non sans quelque succès. Le docteur Créquy, dans une communication faite en 1875 à la Société de thérapeutique, signalait un fait où les injections de chloral avaient amené une guérison prompte de l'ozène. Dujardin-Baumetz a obtenu aussi de très bons résultats de l'usage des solutions chloralées. Ce même moyen a été employé aussi avec succès par Gubler et Marc Sée.

Toutes ces injections doivent être faites avec de l'eau tiède.

SECONDE INDICATION

Cette seconde indication à remplir consiste à prévenir le retour de l'ozène. Pour cela il faut tâcher de remédier à la conformation vicieuse du nez, qui est la condition permanente des reproductions incessantes de l'infirmité.

Suivant le conseil de Zaufal, il faut faire une sorte de cornet inférieur artificiel.

Pour cela, il introduit dans les narines un tampon d'ouate. Ce tampon est, d'après le dire de Zaufal, introduit par le malade, à l'aide d'une aiguille à tricoter, plus facilement et plus délicatement que par le médecin. On recommande au malade de porter ce tampon en haut et en dehors, vers l'angle externe de l'œil.

Gottstein emploie aussi des tampons d'ouate; mais se conformant à sa théorie, il ne les considère pas comme rétrécissant les fosses nasales ; il admet qu'ils irritent la muqueuse atrophique, et exercent sur les points qu'ils touchent une action telle que la sécrétion est rendue plus normale.

Ce tampon d'ouate, quoi qu'en disent les auteurs, est

d'une introduction très délicate; en dehors de cela le malade respire avec plus de difficulté. Ces inconvénients ont conduit M. le professeur Tédenat à remplacer le tampon par un tube en caoutchouc.

Franckel parle bien d'un cylindre en caoutchouc, mais les chirurgiens ont trouvé que cette modification n'a réellement pas d'avantages sur les tampons d'ouate.

Ce tube en caoutchouc nous semble présenter plusieurs avantages :

1° La pose en est très facile ; le malade peut, dès le second ou le troisième jour, le mettre en place et le retirer à volonté ;

2° Dès que ce tube est placé, la respiration devient plus aisée ;

3° La ventilation nasale, par ce procédé, est beaucoup plus complète ;

4° Le malade se mouche facilement.

Ces tubes doivent remplir certaines conditions :

Ils doivent être longs de 4 à 6 centimètres ; il faut qu'ils soient légers, de façon à ce que la muqueuse s'habitue plus facilement à leur contact. Les parois en seront minces et résistantes à la fois, afin qu'il ne puisse se produire d'affaissement. La lumière du tube doit avoir un diamètre aussi large que possible.

Un avantage de plus à noter en faveur de ces tubes, c'est que le malade les supporte très facilement, et on peut dire qu'ils constituent un appareil palliatif dans l'ozène, au même titre que le verre de lunette dans les anomalies de la vue.

Les résultats obtenus par ce traitement sont consignés dans les observations qui font suite à notre travail.

Ils nous semblent de nature à atténuer la gravité que la plupart des auteurs reconnaissent à cette maladie.

En résumant les données précédentes, nous sommes conduit à proposer le traitement suivant de l'ozène:

Premièrement. — Lavages antiseptiques, répétés deux ou trois fois par jour. Ces lavages peuvent être faits d'après la méthode de Weber ou simplement en employant un injecteur à poire de caoutchouc.

En même temps que le malade actionnera l'irrigateur, il lui sera recommandé de produire le son prolongé *Ah!*, ce qui fait relever le voile du palais. Le malade doit continuer à pousser son injection tant qu'il se sent capable de soutenir le son, mais devra s'arrêter un moment avant d'en cesser l'émission; puis il recommencera ensuite en se conformant aux mêmes préceptes.

Secondement. — Après les lavages le malade remettra en place les tubes de caoutchouc.

Les observations que nous fournissons démontrent que ce traitement peut être suspendu, au bout de quelques jours, pendant un certain temps sans que l'odeur soit de nouveau constatée.

OBSERVATIONS

Observation I

(PERSONNELLE)

Darbon, 23 ans, soldat au 2me régiment du génie, entré à l'hôpital St-Éloi, le 28 mai 1886, dans le service de M. le médecin principal Kienner.

Sur la demande de M. le professeur Tédenat, ce malade est entré dans le service de la clinique chirurgicale, salle Lallemand, n° 12, le 3 juin.

Ce sujet est atteint d'ozène depuis son enfance. L'aspect de la face est absolument caractéristique. Ce malade présente le véritable nez en forme de selle décrit par Zaufal.

On constate chez lui un enchifrènement considérable; la voix offre un son spécial, elle est nasonnée.

Quant à l'odeur puante exhalée par ses fosses nasales, elle ne peut être confondue avec celle des rhinites fétides ; beaucoup plus intense que celle des ozènes symptomatiques, elle est bien le type de l'odeur de l'ozène essentiel, idiopathique.

L'examen direct, pratiqué avec le spéculum de Duplay, fait constater une dilatation anormale des fosses nasales ; l'atrophie des deux cornets inférieurs est complète. Les cavités nasales sont tapissées par des croûtes nombreuses, dont la couleur est celle décrite par tous les auteurs ; elles sont jaunes verdâtres, ardoisées.

Après le premier examen, on pratique une irrigation avec l'eau sublimée. Ce lavage est répété deux fois dans la journée du 3, ainsi que dans celle du lendemain. Malgré ces soins hygiéniques et la solution antiseptique employée, l'odeur per-

siste, aussi intense ; les croûtes enlevées à chaque lavage se reforment de suite.

Le 5, M. Tédenat place des tubes en caoutchouc. Injections à l'eau boriquée matin et soir.

Le 6, avant de pratiquer un lavage, on enlève les tubes; l'odeur est loin d'être aussi considérable.

Le malade respire beaucoup plus facilement; quelques croûtes seulement sont constatées.

Le malade se mouche beaucoup plus facilement qu'avant.

Le 7, un seul lavage ; pas d'odeur.

Le 9, le malade respire et se mouche tout à fait normalement. Douches nasales trois fois par jour; pas la moindre odeur.

Le 14, le malade ne sent pas du tout.

Nous apprenons par ses voisins de salle que depuis quatre jours le malade n'a pas fait un seul lavage de ses fosses nasales, et qu'il ne porte pas ses tubes depuis la même date, c'est-à-dire depuis le 9 ou le 10.

L'odeur était perçue avant le début de son traitement par ses camarades placés à quatre ou cinq lits de distance du sien. Aujourd'hui son plus proche voisin ne sent rien.

Le 15, pas de lavages, pas de tubes.

Le 16, pas la moindre odeur.

Le 17, on remet les tubes. Examen de la voûte palatine, présentant la forme ogivale et profonde.

Le 18, se mouche facilement, ne sent pas.

Le 19, ne s'est pas lavé depuis le 17 au matin ; pas d'odeur.

Le 24, pas de lavage depuis sept jours ; ne porte plus ses tubes depuis cinq jours. Le matin il y a une légère odeur, mais qui ne saurait être comparée à celle des jours qui précédèrent le traitement.

Le 25, a remis ses tubes depuis hier. Un seul lavage dans la journée précédente. Aujourd'hui ce malade ne sent pas du

tout, respire normalement par le nez et se mouche très bien.

Le 28, pas d'odeur. Une irrigation nasale tous les trois jours suffit pour maintenir cet état.

Après les lavages et enlèvements des croûtes pratiqués les premiers jours, l'examen de la muqueuse pituitaire a été fait avec le plus grand soin. Jamais on n'a découvert la moindre lésion ni la moindre ulcération de cette muqueuse.

Ce malade, malgré son état parfait à sa sortie de l'hôpital, le 28 juin, a été réformé depuis pour ozène.

Nous sommes persuadé que l'attrait de ce renvoi dans ses foyers a pu lui faire négliger les précautions hygiéniques qui étaient de nature à lui conserver le bénéfice entier de son traitement.

Nous sommes autorisé à regarder ce résultat comme un succès pour le procédé thérapeutique nouveau que nous présentons.

Observation II

(Communiquée par M. le professeur Tédenat)

Jean P..., de Limoges, âgé de 26 ans, de très bonne constitution, est venu consulter M. Tédenat, le 15 juin 1883, pour un ozène qui l'empêchait de se marier.

Ce malade n'a jamais présenté d'impétigo dans son enfance; il n'a pas eu la syphilis.

L'affection s'était développée chez lui à l'âge de 14 ans; après un début lent, l'ozène avait présenté son degré le plus élevé vers l'âge de 18 ans. Pas d'antécédents héréditaires.

L'examen direct auquel a été soumis le malade a fait constater une atrophie très considérable des cornets inférieurs; les fosses nasales étaient très larges; croûtes très nombreuses dans les cavités; aspect caractéristique de ces concrétions: jaunes verdâtres, ardoisées.

Après un lavage pratiqué avec l'eau salée, les croûtes sont enlevées. Aucune ulcération visible de la muqueuse pituitaire

Le 18 juin, injection antiseptique à l'eau phéniquée ; deux fois par jour on répète ce lavage. Introduction des tubes en caoutchouc.

Le 19, un seul lavage est pratiqué.

Le 20, il n'y a plus d'odeur.

A partir de cette date, un lavage, tous les deux jours suffit pour empêcher toute odeur.

Observation III

(Fournie par M. le professeur Tédenat)

Mlle V...., de Perpignan, âgée de 14 ans, est adressée à M. Tédenat, au mois de juillet 1885, par le docteur Massot. La malade jouit d'une très bonne santé ; sa constitution est parfaite. L'ozène existe depuis l'âge de 8 ans ; cette affection a été traitée sans succès à Salies-de-Béarn, à Cauterets, etc.

L'examen des fosses nasales fait reconnaître une dilatation anormale de ces cavités et constater la présence de croûtes très abondantes.

Un lavage est pratiqué avec le plus grand soin ; il n'y a pas la moindre trace d'ulcération de la muqueuse.

Le tampon d'ouate est essayé comme traitement; il est très mal supporté, et on est forcé d'y renoncer.

Introduction des tubes en caoutchouc, parfaitement tolérés par la malade.

Après deux ou trois jours de port de ces tubes, toute odeur disparaît.

Le mouchage et la respiration nasale sont rendus plus faciles par la présence de ces tubes.

Comme dans l'observation qui précède, il suffit de faire tous les deux ou trois jours un lavage antiseptique des fosses nasales pour qu'il ne se produise plus d'odeur.

Observation IV

(Communiquée par M. le professeur Tédenat)

X..., âgé de 21 ans, de Narbonne.

Bonne constitution et santé parfaite ; jamais d'impétigo ni de scrofule ; pas de syphilis.

L'ozène, chez ce sujet, a débuté depuis l'âge de 12 ans.

Ce malade a été soumis pendant longtemps à un traitement général sans qu'on ait vu se produire la moindre amélioration. Même inefficacité des bains de mer.

X... est venu consulter M. Tédenat vers les derniers jours de novembre 1885.

Les symptômes qu'il présentait, l'examen surtout des fosses nasales, très larges, la présence et la couleur des croûtes qui étaient accumulées dans ces cavités, l'âge auquel l'affection s'était manifestée, permirent de diagnostiquer un ozène idiopathique.

Les lavages, faits matin et soir avec une seringue et de l'eau phéniquée, ne font pas entièrement disparaître l'odeur.

Le 4 décembre 1885, introduction des tubes de caoutchouc.

Après deux jours toute odeur disparaît.

Le malade conserve ses tubes, mais il suffit d'une irrigation avec de l'eau salée pour que toute odeur disparaisse.

M. le professeur Tédenat a bien voulu nous communiquer les trois observations qui précèdent.

D'autres cas analogues, assez nombreux, ont été traités par lui. Ce procédé lui a toujours donné un résultat favo-

rable. L'amélioration si rapide qui se produit avec les tubes en caoutchouc n'est pas un phénomène passager.

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que les moyens thérapeutiques employés contre l'ozène doivent être continués pendant fort longtemps, et que la moindre négligence de la part du malade lui fait perdre tout le bénéfice de son traitement antérieur.

Il n'en est pas de même avec l'emploi de nos tubes en caoutchouc. Il a été permis à M. Tédenat de suivre le plus grand nombre de ses malades. S'il n'est pas possible de dire que la guérison en est la règle absolue, nous pouvons du moins constater chez tous une amélioration considérable, rapide et dont il sera facile au malade de conserver les bénéfices.

CONCLUSIONS

1° L'ozène vrai est une affection *idiopathique*.

2° Il reconnaît pour cause indispensable la *dilatation anormale* des fosses nasales.

3° *L'odeur fétide caractéristique* de cette maladie est due à *l'altération* des croûtes accumulées dans ces cavités.

4° Le traitement doit être *essentiellement* local.

5° Le traitement comprend deux temps :

a) Toilette *antiseptique* de la cavité nasale ;

b) Etablissement artificiel du cornet inférieur par le tube en caoutchouc.

6° Ce traitement *favorable* à la guérison détermine *généralement* une amélioration *rapide* et *durable*.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 25 novembre 1886.
Le Recteur de l'Académie,
correspondant de l'Institut,
CHANCEL.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 25 novembre 1886
Le Doyen,
CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Brochin. — Dictionnaire de Dechambre, article Ozène.

Duplay. — Pathologie externe. T. III.

Michel. — Maladies du nez et du pharynx. Bruxelles, 1877.

Zaufal. — Annales des maladies du nez et de l'oreille, 1877.

E. Fournié. — Congrès de Londres. Août 1881.

A. Martin. — De l'Ozène vrai. Thèse de Paris, 1881.

Campos-Salles. — De l'Ozène vrai et des rhinites fétides. Thèse de Paris, 1886.

Tillaux. — Traité de chirurgie clinique. T. I, 1886.

Franckel. — Congrès de Londres. Août 1881. — Manuel de pathologie et de thérapeutique spéciales.

Tillot. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx. T. II, p. 112, 1875-1879.

Calmettes. — Année médicale de Bourneville. 1879. — Revue des sciences médicales de Hayem. 1880.

Terrillon. — Bulletin de thérapeutique. Septembre 1881.

Lœvenberg. — Congrès de Bâle 1884. — Annales des maladies du nez et de l'oreille. 1885.

Sauvages. — Nosologie. L. III.

Joseph Franck. — « Traité de pathologie ». Cité dans la thèse de Campos-Salles. Paris, 1886.

Trousseau. — Cliniques. Cité par Brochin, Martin, etc.

Maisonneuve. — Note présentée à l'Académie de médecine. 1854.

Gottstein. — Breslaüer Aertzl. Questch. Traduct. Cappart, nos 17 et 18. 1879.

Hartmann. — Deutsche medic. Wochens., n° 13. 1878.

Créquy. — Communication à la Société de thérapeutique. 1875.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !

TABLE DES MATIÈRES